ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Содержание

Введение

Глава 1. Теоретическое обоснование исследования психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями

1.1 Особенности адаптации личности к хроническим заболеваниям

1.2 Особенности личности хронических соматических больных

Глава 2. Эмпирическое исследование психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями

2.1 Программа исследования

2.2 Результаты исследования и их анализ

2.3 Выводы и рекомендации

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

Введение

***Актуальность*** Хронические заболевания относятся к числу факторов, которые способствуют стойкому снижению трудоспособности, потенциально приводят к инвалидизации. При этом одной из причин падения работоспособности могут быть изменения психики, возникающие у заболевших. Рассмотрению процесса адаптации больных с хроническим заболеванием и посвящена данная дипломная работа.

Психологические проблемы человека с хроническим заболеванием находятся в настоящее время в центре внимания психологов, благодаря всё возрастающему количеству всевозможных болезней, характеризующихся хроническим течением. Глобальной задачей психологии в данном случае является сохранение нормального качества жизни хронического больного.

За последнее десятилетие активно разрабатывалась концепция внутренней картины болезни, были разработаны достаточно информативные методы психологической диагностики отношения к болезни при соматической патологии, выполнен большой объем экспериментально-психологических работ на больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, почечной недостаточностью, диабетом и т.д. Любое соматическое заболевание, особенно хроническое или длительно текущее, сопровождается нервно-психическими нарушениями (В.А.Ромасенко, К.А.Скворцов,1961; Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов,1988; F.Adams,1993; M.Meli,1993). Хроническое заболевание оказывает серьёзное влияние на психологический статус и личностное развитие индивида.

Проблема личности является одной из центральных проблем в теоретической и прикладной психологии; различным аспектам проблемы посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов (Piaget J., Jung С., Cattell J., Eysenck H., Freud S., Rogers C., Ананьев Б.Г., Бодалев А.А., Божович Л.И., Выготский Л.С., Ковалев А.Т., Леонтьев А.Н., Лисина М.И., Петровский А.В, Фельдштейн Д.И., Эльконин Д.Б. и другие).

В то же самое время представляется, что в психологии пока недостаточно изучены основные факторы, условия функционирования личности в особых ситуациях, одной из которых может быть наличие хронического заболевания. Исследования личности больных хроническими заболеваниями позволяют разработать конкретные адресные программы коррекции и развития личности с учетом общих закономерностей психического развития и индивидуальных особенностей хронических больных.

Содержание особой, обостренной ситуации развития может быть обусловлено физической неполноценностью человека, неизлечимым или хроническим заболеванием, нахождением в специальных учреждениях, отсутствием родителей на ранних этапах онтогенеза и т.п. Наиболее актуальным мы считаем изучение основных факторов формирования личности в условиях хронического заболевания, т.к. во-первых, именно хронические заболевания чаще всего обусловливают формирование обостренной социальной ситуации развития.

Во-вторых, как показал анализ доступной научной литературы, психологические исследования проблем формирования личности в условиях хронического заболевания проводятся в основном не столько психологами, сколько медиками, т.е. в основе психологических исследований находятся теоретические положения не психологии, а медицины, что отражается на интерпретации результатов исследований. Так, особенности личности больных хроническим заболеванием нередко рассматриваются только как следствие болезни и изменений нервной системы в процессе заболевания, т.е. переоценивается роль биологических факторов в формировании личности и недооценивается роль социальных и психологических факторов.

Дальнейшие психологические исследования личности хронических больных требуют применения методологических принципов психологии, в первую очередь, принципа детерминизма, единства сознания и деятельности, принципа развития, системности (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский и др.).

Исследования проблем психологической адаптации больных хроническим заболеванием позволят определить меры по оказанию своевременного эффективного воздействия на процесс адаптации к заболеванию, по предупреждению негативных личностных новообразований.

Проблемы психологической адаптации изучаются многими отечественными психологами (Л.В. Ключникова, И.К. Кряжева, Н.М. Лебедева, К.А. Мантаева, Н.Н. Мельникова, Т.Г. Стефаненко, Н.С. Хрусталева, М.С.Яницкий и др.). Целостный процесс адаптации в аспектах стресса, которые отражают процесс нарушения адаптации и стрессоустойчивости, рассматривают в своих трудах А.А Баранов, В.М. Генковска, Л.Г. Дикая, В.Г.Норакидзе, Н.Д.Левитов, В.И. Моросанова, О.А. Конопкин, К.К.Платонов, Я. Рейковский). Адаптация, в отличие от простого приспособления, понимается сегодня как активное взаимодействие человека с социальной средой с целью достижения его оптимальных уровней по принципу гомеостаза и отличающегося относительной стабильностью.

Проблема адаптации теснейшим образом связана с проблемой здоровья/болезни. Этот континуум неотъемлем от жизненного пути личности. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обусловливают взаимосвязь и взаимообусловленность процессов соматического, личностного и социального функционирования. Таким образом, адаптационный процесс включает в себя различные уровни человеческой жизнедеятельности.

*Цель исследования* – изучение психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Для достижения обозначенной цели необходимо решить следующие ***задачи*:**

1. Изучить состояния проблемы адаптации больных с хроническими заболеваниями.

2. Провести вторичный анализ публикаций, связанных с особенностями личности хронических соматических больных.

3. Провести диагностическое исследования личности больных с хроническими заболеваниями.

4. Разработать и апробировать комплекс мер психологического воздействия на повышение уровня адаптации больных с хроническими заболеваниями.

***Объект –*** больные, имеющие хронические заболевания.

***Предмет –*** психологические особенности хронических соматических больных.

***Гипотеза исследования*** – хронические соматические больные с разной степенью адаптации имеют различные личностные характеристики (такие как: особенности самосознания, мотивационно-потребностная и эмоциональная сферы личности).

***Эмпирическая база исследования***

В исследовании приняли участие 62 человека имеющих хроническое заболевания. Среди них 30 мужчин и 32 женщины в возрасте от 25 до 62 лет.

Глава 1. Теоретическое обоснование исследования психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями

1.1 Особенности адаптации личности к хроническим заболеваниям

Фундаментальные вопросы психологической адаптации в достаточной степени освещены в трудах отечественных (А.А. Балл, Ф.Б. Березин, Л.И. Божович, А.Н. Леонтьев, Г.С. Костюк, А.А. Налчаджян, В.А. Петровский и др.) и зарубежных (Г. Гартман, Ж. Пиаже, З. Фрейд, Э. Эриксон и др.) исследователей.

Среди работ данного направления в соответствии с нашими задачами следует выделить концептуальный подход Э. Эриксона[[1]](#footnote-1), по мнению которого, в системе «индивид-среда» одной стороной адаптационного взаимодействия являются конфликты и защиты, а другой – сотрудничество и гармония. При этом он выдвигает положение о взаимном непрерывном приспособлении индивида и общества и рассматривает конфликт в качестве одного из возможных исходов взаимодействия индивида и среды.

Существенный вклад в разработку широкого понимания адаптации был внесен Ж. Пиаже. Согласно его концепции адаптация – и в биологии, и в психологии рассматривается как единство противоположно направленных процессов: аккомодации и ассимиляции.

Первый из них (его, по сути, обозначают термином «адаптация»), обеспечивает модификацию функционирования организма или действий субъекта в соответствии со свойствами среды.

Второй процесс изменяет те или иные компоненты этой среды, перерабатывая их согласно структуре организма или включая в схему поведения субъекта. Такое понимание адаптации в единстве противоположных направлений является важным условием использования данного понятия в качестве категории, играющей существенную роль в объяснении всякого активного функционирования[[2]](#footnote-2).

Психологический словарь определяет адаптацию (от лат. adapto — приспособляю) как приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды. Процессы адаптации направлены на сохранение гомеостаза. Адаптация — одно из центральных понятий биологии, широко применяется как теоретическое понятие в тех психологических концепциях, которые подобно гешталът-психологии и теории интеллектуального развития, разработанной швейцарским психологом Ж.Пиаже, трактуют взаимоотношения индивида и его окружения как процессы гомеостатического уравновешивания. Изменения, сопровождающие адаптацию, затрагивают все уровни организма: от молекулярного до психологической регуляции деятельности. Решающую роль в успешности адаптации играют процессы тренировки, функциональное, психическое и моральное состояние индивида[[3]](#footnote-3).

С точки зрения Ф.Б. Березина, психическая адаптация играет решающую роль в поддержании адекватных соотношений в системе «индивидуум-среда» и определяется как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности. Этот процесс позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности и поведения человека требованиям среды[[4]](#footnote-4).

Понятие процесса неизменно входит в определение психологической адаптации. Однако описания самого процесса чаще всего ограничиваются краткими формулировками типа: конфликт - фрустрация - акты приспособления - изменение ситуации, где за обобщённым выражением "акты приспособления" скрываются все тонкие изменения, происходящие на достаточно сложном пути от дезадаптации к адаптации[[5]](#footnote-5).

По мнению М. С. Яницкого, "адаптационный процесс можно рассматривать на различных уровнях его протекания, т.е. на уровнях межличностных отношений, индивидуального поведения, базовых психических функций, психофизиологической регуляции, физиологических механизмов обеспечения деятельности, функционального резерва организма, здоровья", но ведущая роль в этом ряду принадлежит психической адаптации.

Далее Яницкий отмечает, что "в общей системе психической адаптации выделяется три основных уровня или подсистемы: собственно психический, социально-психологический и психофизиологический. Исследование показателей психической адаптации предполагает комплексный подход и одновременную оценку соответственно актуального психического состояния, особенностей микросоциального взаимодействия, церебральной активности и вегетативного регулирования"[[6]](#footnote-6).

Березин выделяет следующие уровни психической адаптации:

- индивидуально-психологический, включающий в себя личностные и типологические особенности человека, его актуальные состояния (мотивация, способности, уровень развития самосознания, самоконтроль, самооценка, саморегуляция, темперамент, особенности эмоциональной и интеллектуальной сферы и т.д.) На этом уровне осуществляется поддержание психического гомеостаза, сохранение психического здоровья.

- социально-психологический, включающий особенности микросоциального взаимодействия. На этом уровне осуществляется формирование адекватного межличностного взаимодействия, учет экспектации окружения, достижение социально-значимых целей[[7]](#footnote-7).

Налчаджян А.А. исследовал проблему адаптации на уровне личностных механизмов, обеспечивающих адаптацию личности и предложил общую классификацию разновидностей психологической адаптации личности, основанную на выделении нормальной, девиантной и патологической адаптации[[8]](#footnote-8).

Нормальная адаптация – такой адаптационный процесс личности, который приводит к ее устойчивой адаптивности в типичных проблемных ситуациях без патологических изменений ее структуры. В рамках нормальной адаптации автор рассматривает нормальную защитную адаптацию, нормальную незащитную адаптацию и смешанные адаптивные комплексы.

Девиантная адаптация предполагает функционирование тех адаптационных процессов, которые обеспечивают удовлетворение потребностей личности в данной группе или социальной среде, в то время как ожидания остальных участников социального процесса не оправдываются таким поведением. Девиантная адаптация может быть двух подвидов: неконформистская (преодоление проблемных ситуаций необычными для группы путями) и новаторская (инновативная, творческая) адаптация. Последняя понимается как разновидность человеческой деятельности или исполнительской роли, в ходе и результате которой личность создает новые ценности, осуществляет нововведения в те или иные области культуры.

Патологическая адаптация представляет собой психологический процесс, осуществляемый с помощью патологических форм и механизмов поведения, который приводит к образованию патологических комплексов характера, входящих в состав невротических и психотических синдромов.

Рассматривая возможные варианты адаптации к той или иной ситуации, Налчаджян выделяет два ее вида. Первый из них – это адаптация путем преобразования и фактического устранения проблемной ситуации. При этом адаптивные ресурсы и механизмы личности мобилизуются для реконструкции реальной ситуации, а сама личность претерпевает сравнительно небольшие и в основном положительные изменения.

Второй вид адаптации - адаптация с сохранением ситуации. В этом случае личность претерпевает более глубокие изменения, но такие, которые большей частью не способствуют ее самоактуализации и самосовершенствованию[[9]](#footnote-9).

В трудах В.И. Медведева предпринята попытка периодизации адаптационных процессов. Первая фаза – разрушение старой программы гомеостаза. На этой стадии включаются временные механизмы превентивной адаптации, позволяющие “пережить” сложный период отсутствия адекватной программы регулирования. Вторая фаза адаптации – формирование новой программы развертывания регулирующих механизмов и построение новой структуры гомеостатического регулирования.

Последняя фаза адаптационного процесса – фаза стабильной адаптации, характеризующаяся стабилизацией показателей адаптации, в том числе, параметров эффективности деятельности, которые фиксируются на новом, более оптимальном уровне[[10]](#footnote-10).

В процессе адаптации традиционно выделяют пять следующих взаимосвязанных этапов:

1. Первичная реакция на изменения.

2. Ориентировка.

3. Определение своей позиции.

4. Действия, направленные на изменение.

5. Продуктивное взаимодействие[[11]](#footnote-11).

Остановимся на кратком описании названных этапов.

*1. Первичная реакция на изменения*

Необходимость в адаптации возникает в том случае, когда в сложившейся ситуации личности происходят достаточно существенные изменения. В этом случае новая ситуация часто предъявляет к личности такие требования, к которым она ещё не готова. Это могут быть требования к профессиональным качествам, умениям и навыкам, необходимость изменить ранее сформировавшееся отношение к явлениям окружающего мира, например, хроническому заболеванию. Если человек не обладает ресурсами, позволяющими справиться с возникающими проблемными ситуациями, то он переживает более или менее выраженное состояние стресса.

Обычно первый этап процесса адаптации эмоционально насыщен. Как правило, преобладают отрицательные эмоции. Ориентация в ситуации слабая, не хватает знаний и опыта. Поведение характеризуется спонтанностью и, скорее, реактивностью, чем целенаправленной произвольной активностью. Действия, прежде всего, направлены на восстановление былого равновесия, на возвращение системы взаимодействия в прежнее состояние.

Основная нагрузка на первом этапе ложится на эмоциональный компонент, который выражен наиболее ярко. Эмоциональная реакция здесь является своеобразным сигналом, сообщающим о нарушении равновесия, об изменениях, произошедших в системе организм - среда. Если изменения кратковременны и поверхностны, то индивиду скоро удаётся восстановить потерянное равновесие, и система возвращается к своему первоначальному состоянию. Если же изменения необратимы, то реактивное поведение не приводит к желаемому результату, прежнее состояние не удаётся восстановить. Теперь, чтобы достичь равновесия, должна быть выстроена новая система взаимодействия, что предполагает серьёзные качественные изменения. Для этих целей и разворачивается дальнейший процесс адаптации.

Таким образом, значение первого этапа - этапа первичной реакции на изменения - заключается в запуске самого процесса адаптации. А условием нормального протекания процесса выступает принятие самого факта изменений. В этом случае интенсивность эмоциональной реакции снижается и происходит переход ко второму этапу процесса.

*2. Ориентировка*

На втором этапе ещё остаётся общее состояние дискомфорта, часто отмечаются проявления тревоги. Отношение к происходящему обычно неоднозначное, амбивалентное, подвержено колебаниям. Такое состояние запускает поисковую активность, побуждает индивида к активному целенаправленному сканированию и анализу ситуации. Соответственно, основная нагрузка на втором этапе переносится на когнитивный компонент, который призван обеспечить личности запас необходимых знаний.

Основной задачей второго этапа процесса адаптации является адекватная ориентация в ситуации. Человек начинает активно собирать информацию, позволяющую прояснить ситуацию, пытается выяснить возможные способы поведения и реагирования. На этом этапе информированность, осведомлённость личности прогрессивно возрастает. Когда достаточное количество информации собрано, ситуация прояснилась, изучены главные особенности, индивид вступает на третий этап процесса адаптации.

*3. Определение своей позиции*

Данный этап служит связующим звеном между этапом ориентировки, который играет подготовительную роль, и этапом собственно преобразующих действий и имеет особое значение именно для адаптации человека. Задачи, связанные с выработкой личностной позиции, приобретают в процессе адаптации особое значение, поскольку целью адаптации является поиск такого пути, который позволил бы сохранить индивидуальное "Я" и целостность личности, реализовать внутренний потенциал, при этом, не разрушая окружающей реальности, а, наоборот, содействуя её прогрессу.

Для данного этапа характерен высокий уровень внутренней активности (его даже можно охарактеризовать, как этап внутренней переработки и осмысления). Это та стадия, которая не раз отмечалась в терапевтической практике, как необходимый этап для разрешения личностного кризиса и как толчок к изменению всей системы взаимоотношений с миром. Именно серьёзные изменения во внутриличностном плане обеспечивают быструю перестройку внешнего поведения. Часто это связано с переоценкой ценностей, пересмотром своего места во взаимодействующей системе. Когда позиция определена, стратегия сформирована, происходит переход на четвёртый этап.

*4. Действия, направленные на изменение*

На четвёртом этапе индивид приступает к реальным действиям, направленным на преобразование ситуации, и, соответственно, наибольший вес здесь приобретает поведенческий компонент. Успешность прохождения этапа во многом зависит как от адекватности избранной стратегии поведения, так и от самой способности личности к произвольной, целенаправленной активности.

Для данного этапа характерно уже избирательное восприятие информации: информация, не соответствующая сложившемуся ранее представлению о ситуации, преимущественно игнорируется. Закрепляются новые стереотипы восприятия и поведения. Общее состояние может колебаться, окрашиваясь, то в позитивные, то в негативные тона, в зависимости от успешности предпринимаемых действий. Если стратегия выбрана правильно и её удалось реализовать, то ситуация взаимодействия уравновешивается, приобретая новые качества, и процесс адаптации переходит на свой завершающий пятый этап.

*5. Продуктивное взаимодействие*

Пятый этап знаменует собой достижение состояния адаптированности. Для него характерно ощущение комфорта, эмоциональной стабильности и уравновешенности. Общий тон эмоциональных переживаний положительный и не отличается экстремальным характером. Отношение к ситуации устойчиво и позитивно. Адаптационный процесс завершает свой цикл, и основной вес опять переносится на эмоциональный компонент. Действительно, чаще всего состояние адаптированности связывают с общим позитивным состоянием индивида: ощущением комфорта и удовлетворённости.

При оптимальном разрешении, каждый новый адаптивный процесс повышает общий уровень функционирования личности, и, совершенствуя её внутреннюю организацию, делает личность всё более независимой[[12]](#footnote-12).

Как мы видим, адаптацию в современной психологии рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне "оперативного покоя"), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса.

Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды. Если прежняя система не работает в изменившихся условиях, то "начинается собственно процесс адаптации"[[13]](#footnote-13).

Поскольку адаптация строится на основе взаимодействия двух сторон, оценивать процесс необходимо двусторонне: со стороны адаптанта и со стороны среды. В связи с этим выделенные различными учеными критерии адаптированности/дезадаптированности условно можно разделить на три группы: внешние, внутренние и системные[[14]](#footnote-14).

Внешний критерий тесно связан с понятием «приспособление» (adjustment), определяет хорошую приспособленность, соответствие требованиям среды. Результат адаптации понимается как достижение желаемого поведения в среде и описывается в терминах эффективности, компетентности, успеха.

Внутренний критерий чаще описывается через общее психологическое благополучие, комфорт, субъективную удовлетворённость своим положением, социальное самочувствие. Внутренний критерий связан с возможностью удовлетворения индивидуальных потребностей, самовыражением, сохранением внутренних энергетических ресурсов, отсутствием напряжения, тревоги, эскапизма.

Адаптация происходит либо с ориентацией на внешний критерий (приспособление к требованиям среды), либо на внутренний критерий (поиск возможностей реализации субъективных стремлений и удовлетворения потребностей адаптанта).

Системный критерий отражает характер взаимодействия адаптанта и среды: наличие позитивных интеракций со средой, заинтересованность в контакте, степень реализации внутриличностного потенциала – всё это в конкретных социальных условиях часто обозначают через понятие «включённость». Включённость характеризуется соответствием внутреннего психического состояния личности тем требованиям, которые предъявляет ей среда, при этом, среда является сферой реализации жизненных планов, потребностей и стремлений личности. Продуктивная творческая деятельность (самореализация) адаптанта принимается и позитивно оценивается социумом. Оптимальной адаптированностью можно считать лишь результат, удовлетворяющий требованиям вышеперечисленных трех критериев.

Таким образом, для определения степени успешности процесса психологической адаптации необходимо его трехстороннее изучение в соответствии с выделенными группами критериев адаптированности.

М. С. Яницкий выделяет 3 фазы адаптационного процесса. На первой фазе включаются механизмы превентивной адаптации, где ведущим компонентом являются защитные поведенческие реакции. Для второй фазы характерно формирование новой системы гомеостатического регулирования и ее совершенствование. Заключительная фаза адаптации может быть названа фазой стабильности, когда происходит выравнивание показателей адаптации, в том числе и параметров эффективности деятельности[[15]](#footnote-15).

Особенности адаптации к хроническим заболеваниям связаны с "Я-концепцией", локусом контроля, эмпатией, условиями среды. Особую роль играет общая активность хронических больных. Среди тех, которые ведут рациональный образ жизни, сохраняют высокую физическую и особенно, социальную активность, уровень адаптации на много выше, чем среди ведущих пассивный образ жизни[[16]](#footnote-16).

Выделяются следующие способы адаптации к хроническим заболеваниям:

- разрешение проблем;

- поиск поддержки;

- избегание.

Адаптация к хроническим заболеваниям реализуется посредством применения различных стратегий на основе ресурсов личности. Одним из самых важных ресурсов среды является поиск поддержки. К личностным ресурсам относятся адекватная "Я-концепция", позитивная самооценка, низкий нейротизм, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, аффилиативная тенденция (способность к межличностным связям) и другие психологические конструкты.

В процессе действия стрессора на личность происходит первичная оценка, на основании которой определяют тип создавшейся ситуации - угрожающий или благоприятный. Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты. Лазарус рассматривал эту защиту (процессы совладания) как способность личности осуществлять контроль над угрожающими, расстраивающими или доставляющими ей удовольствие ситуациями[[17]](#footnote-17).

Процессы адаптации являются частью эмоциональной реакции. От них зависит сохранение эмоционального равновесия. Они направлены на уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора. На этом этапе осуществляется вторичная оценка последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов адаптации:

- непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности;

- косвенная или мыслительная форма без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего торможения, например вытеснение ("это меня не касается"), переоценка ("это не так уж и опасно"), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции с целью ее нейтрализации и т. д.;

- без эмоциональная, когда угроза личности не оценивается как реальная.

Защитный процесс адаптации имеет целью избавить индивида от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, предохранить его от осознания нежелательных или болезненных эмоции, а главное - устранить тревогу и напряженность.

Современный подход к изучению механизмов адаптации учитывает следующие положения.

Человеку присущ инстинкт преодоления, одной из форм проявления которого является поисковая активность, обеспечивающая участие эволюционно-программных стратегий во взаимодействии субъекта с различными ситуациями[[18]](#footnote-18).

На процесс адаптации влияют индивидуально-психологические особенности: темперамент, уровень тревожности, тип мышления, особенности локуса контроля, направленность характера. Выраженность тех или иных способов реагирования на сложные жизненные ситуации ставится в зависимость от степени самоактуализации личности - чем выше уровень развития личности человека, тем успешнее он справляется с возникшими трудностями.

Согласно этому положению, встречающиеся в жизни человека препятствия имеют своим источником не только внешние (специфику среды), но и внутренние (индивидуальные предпосылки) условия. Адаптация связана с когнитивными, эмоциональными и поведенческими уровнями иерархической структуры психики.

Несмотря на значительное индивидуальное разнообразие адаптации, существует два глобальных типа стиля реагирования на проблему, в частности на хроническое заболевание.

Проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

Субъектно-ориентированный стиль является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающегося конкретными действиями, и проявляется в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечения других в свои переживания, желание забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

Своеобразным "срезом" адаптационного процесса, охватывающего весь жизненный путь от рождения до смерти, является внутренняя картина жизненного пути, которая характеризует качество жизни человека и его адаптационные возможности на разных уровнях. Внутренняя картина жизненного пути - целостный образ человеческого бытия. Это ощущение, восприятие, переживание и оценка собственной жизни и, в конечном счете, отношение к ней. Внутренняя картина жизненного пути включает в себя ряд компонентов:

1. соматический (телесный) - отношение к своей телесности (к своему здоровью, изменениям в нем, включая болезнь, к возрастным и различным соматическим изменениям);

2. личностный (индивидуально-психологический) - отношение к себе как к личности, отношение к своему поведению, настроению, мыслям, защитным механизмам;

3. ситуационный (социально-психологический) - отношение к ситуациям, в которые оказывается включенным человек на протяжении своего жизненного пути[[19]](#footnote-19).

Стратегии поведения являются различными вариантами процесса адаптации и подразделяются на соматически-, личностно- и социально-ориентированные в зависимости от преимущественного участия в адаптационном процессе того или иного уровня жизнедеятельности личностно-смысловой сферы.

Если жизненный путь, состоящий из множества ситуаций, рассматривать в континууме здоровья/болезни, то окажется, что на полюсах этого континуума окажутся совершенно разные личности, т. е. имеются в виду в первую очередь различные системы ценностей, различный приоритет жизненных значимостей.

Для больного человека наиболее значимыми представляются ситуации, имеющие отношение к его заболеванию, его возникновению, течению и исходу. При болезни круг остальных значимых переживаний резко сужается. На полюсе "здоровье" для человека важны совсем другие ситуации, в первую очередь связанные с социальным, профессиональным статусом[[20]](#footnote-20).

Успешное разрешение ситуации зависит не в последнюю очередь от степени адекватности оценки происходящего. Часто тяжелые последствия перенесенного стресса оказываются результатом рассогласования между реальной сложностью неприятного события и субъективной оценкой его значимости. Поэтому успешность выбранного стиля реагирования связана и с тем, будет или нет событие восприниматься как угрожающее[[21]](#footnote-21).

На основании исследования пациентов с различными локализациями и стадиями опухолевого процесса, различного пола и возраста, находящихся на стационарном лечении в Воронежском областном онкологическом диспансере, Стукалова Л. А., Кравец Б. Б., Боков С. Н. выделяют следующие типы адаптации:

1. Гармонический с высокой мотивацией к лечению — больные сознают наличие у себя тяжёлого и опасного для жизни заболевания, строят своё поведение соответственно ситуации (знаемые результаты объективного исследования их соматического состояния) и активно пытаются противодействовать болезни всеми имеющимися у них возможностями, в том числе и с помощью психотерапевтического лечения.

2. Формально гармонический — пациенты осознают наличие у себя тяжёлого и опасного для жизни заболевания, строят своё поведение соответственно ситуации, но с определённым недоверием (непониманием) относятся к тем методам, которые не укладываются в их представления о традиционном лечении онкологических заболеваний.

3. Апатически-анозодисфорический — зная, что тяжело и серьёзно больны, пациенты тем не менее проявляют безразличие к своей болезни, судьбе, результатам лечения и пассивно подчиняются всем проводимым процедурам и мероприятиям. Психотерапевтическая помощь также не отвергается, но и заинтересованно не принимается, как и всё остальное лечение.

4. Анозогнозический — пациенты заявляют, что больны каким-либо другим заболеванием (туберкулёзом, мастопатией, эрозией слизистой пищевода и т. д.) и в онкологическом стационаре находятся и получают специфическое лечение тоже в связи с этим другим заболеванием. Явное противоречие с реальностью их не смущает. Настроение часто с оттенком дисфорического, но возможны и другие варианты. Психотерапевтическая помощь категорически не принимается из-за её «ненужности»[[22]](#footnote-22).

Значение вариантов адаптации больных с хроническими заболеваниями необходимо для выработки тактики индивидуального психотерапевтического вмешательства у конкретного пациента, подбора его наиболее оптимальных индивидуальных вариантов.

Итак, в завершении параграфа мы пришли к пониманию того, что адаптация представляет собой комплексную реакцию на изменение ситуации. Процесс адаптации разворачивается во времени, проходя несколько последовательных этапов. При переходе с одного этапа на другой личность решает ряд взаимосвязанных задач, и каждая последующая стадия процесса включает в себя результат, достигнутый на предыдущей. Решение задач адаптации затрагивает практически все компоненты личности, и изменения, происходящие в личности, можно отследить, по крайней мере, на трёх уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом (динамика общего эмоционального состояния, степени информированности о ситуации и характера активности, направленной на её преобразование).

Большинство авторов сходятся во мнении о том что:

- каждому человеку требуется время для перестройки стиля жизни и сознания;

- эта деятельность зависит от индивидуальных особенностей и объективных обстоятельств, что подставляет собой процесс адаптации;

- существенным фактором такой адаптации является рациональная организация и правильный выбор занятий;

- отношения с семьей, родственниками, друзьями выполняют компенсаторную функцию, т.е. становятся важной сферой межличностных контактов.

1.2 Особенности личности хронических соматических больных

Особенности личности у больных с хроническими заболеваниями издавна привлекают к себе внимание медицинских психологов. В современных условиях эта проблема приобретает особенно большое значение в связи со значительным ростом психогенных по своей природе психосоматических заболеваний и выраженной «невротизацией» наиболее распространённых в практике заболеваний. Во многих публикациях описываются особенности психической сферы у больных теми или иными хроническими заболеваниями и делаются попытки их систематизации[[23]](#footnote-23).

Любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека. В этом отношении самые разные хронические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства[[24]](#footnote-24).

Психика хронически больных приобретает особую специфику, жизненные ценности получают иные смысловые характеристики, изменяется самосознание. Содержание социальной ситуации развития в условиях болезни складывается из различных форм личностного переживания кризисов. Авторское обсуждение психологических механизмов, способствующих эффективному выходу из кризиса или возникновению и стабилизации личностных изменений концентрируется на выявлении психологических резервов компенсации болезни и полноценного личностного роста. Динамика кризиса развития в условиях хронического заболевания зависит, в соответствии с выводами Николаевой В.Н., от особенностей сформированной в преморбид иерархии мотивационной сферы и эффективности личностно-смысловой регуляции деятельности. Теоретико-экспериментальный поиск наиболее выраженного изменения в структуре личности соматических больных позволяет считать, что во внутренней картине болезни у хронического больного наиболее обедненными становятся динамика и качественная характеристика эмоциональной составляющей[[25]](#footnote-25).

Николаева В.В. отмечает следующие особенности в жизненной ситуации больных хроническими заболеваниями. Во-первых, наличие определенной биологической вредности, влияющей на условия функционирования организма и центральной нервной системы; специфическая соматогенная интоксикация (или гипоксия). Следствием этого является развитие астенического синдрома разной степени выраженности, а иногда и явлений особой соматогенной энцефалопатии. Во-вторых, различная степень витальной угрозы, о которой чаще всего знает сам больной. В-третьих, длительность течения болезни с возможными периодами затухания и обострения болезненного процесса, предполагающими длительное лечение, иногда пребывание в стационаре в ситуации тягостных для больного лечебных процедур. В-четвертых, отрыв от привычных условий жизни с ограничением или полным исключением трудовой деятельности, сужением и ограничением привычного круга общения и т. д. И возможные негативные социальные последствия болезни: потеря или снижение трудоспособности, изменение семейного статуса, общее изменение социального статуса человека[[26]](#footnote-26).

Отмеченные особенности социальной ситуации развития, в которой оказывается внезапно заболевший человек, могут менять весь стиль его жизни: его жизненные установки, планы на будущее, его жизненную позицию по отношению к различным важным для больного обстоятельствам и к самому себе. Все эти изменения оказываются предметом психической активности больного и находят отражение в особом, формирующемся в условиях болезни образовании — внутренней картине болезни.

В содержании ВКБ отражается не только преморбидная личность больного и наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но по ее характеру можно прогнозировать возможность появления многих психических отклонений, аномального изменения личности в целом. По динамике ВКБ мы получаем возможность судить о постепенном изменении жизненной позиции больного, о присвоении им социальной «роли» больного, о вызревании в ее недрах нового смыслообразующего мотива — мотива сохранения здоровья, становящегося впоследствии зачастую новым ведущим мотивом деятельности, определяющим всю новую постболезненную направленность личности. Таким образом, ВКБ — основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и приводить к стойкому аномальному развитию личности больного. Именно поэтому ВКБ становится центральным психологическим образованием, на которое следует направлять психокоррекционные воздействия.

Анализ психической деятельности хронически больных открывает перед исследователем достаточно широкий спектр возможных противоречий развития. Назовем некоторые из них, опираясь на результаты работы Николаевой В.В.:

— противоречие между энергетической и содержательной, смысловой сторонами деятельности;

— противоречие между операциональными возможностями реализации деятельности и ее смысловыми, личностными компонентами;

— противоречие между смыслообразующими и реальнодействующими мотивами деятельности;

— противоречие между наличным контекстом деятельности и возможностями ее ориентации в будущее;

— противоречие между имеющимся психическим отражением актуальной ситуации и реальным состоянием больного и перспективами его развития[[27]](#footnote-27).

Комплексное (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое, экспериментально-психологическое, электроэнцефалографическое, общесоматическое, лабораторное) изучение клинических особенностей психических нарушений у больных хроническими заболеваниями, проведенное на кафедре психиатрии и медицинской патологии РУДН, дало возможность выявить клинические особенности, условия и закономерности формирования аффективной патологии. Полученные данные позволили заключить, что аффективные нарушения весьма характерны для больных хроническими заболеваниями и развиваются на фоне ведущей астенической симптоматики (органическое эмоционально-лабильное - астеническое расстройство по МКБ-10), на отдаленном этапе болезни, включающей элементы психоорганического синдрома; в рамках органического расстройства настроения (аффективного) по МКБ-10, а также органического тревожного расстройства. Они имеют сложную природу из-за тесной взаимосвязи и взаимозависимости собственно патогенных соматогенных, психогенных и личностных факторов, удельный вес каждого из которых в формировании аффективных нарушений существенно колеблется и приобретает ведущее значение в зависимости от характера и стадии соматического заболевания, этапа его лечения и степени эффективности проводимой терапии. При определенной трудности квалификации различных вариантов этих депрессивных состояний они близки по проявлениям и часто рассматриваются по МКБ-10 как один из видов депрессивного эпизода (F-32), рекуррентного депрессивного расстройства (F-33) или дистимии (F-34), а также тревожных расстройств (F-41) как в виде генерализованного тревожного расстройства, так и смешанных его вариантов. Аффективная патология в виде указанных ее вариантов может проявляться в структуре хронического изменения личности[[28]](#footnote-28).

В результатах экспериментально-психологического исследования личности и реагирования на заболевание Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. отражают следующие факты[[29]](#footnote-29).

Сопоставление усреднённых профилей личности по данным Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI) показывает почти одинаковый пик по 6-й шкале и снижение по 9-й, что свидетельствует о ригидности аффективных переживаний, преобладании депрессивных тенденций над сугубо тревожными, снижение уровня мотивации, фиксацию на своих ощущениях, и даже не столько ощущениях, сколько их толковании.

Наличие пиков профиля по 6-й и 2-й шкалам отражает дисгармоничность межличностных отношений, которая усиливает социальную дезадаптацию больных, что и подтверждается подъёмом по шкале «0».

Усреднённый профиль личности соматических больных с острыми невротическими расстройствами по сравнению с больными с соматогенным астеническим симптомокомплексом характеризуется большим невротическим уклоном, значительным преобладанием показателей по шкалам невротической триады, выраженными пиками 1-й (ипохондрия, соматизация тревоги) и 3-й (истерия, эмоциональная лабильность) шкал, а также существенным подъёмом по шкале «0» (социальная дезадаптация) и более выраженным, чем у больных первой группы, снижением профиля по 9-й шкале.

Профиль личности больных с невротическими расстройствами с затяжным течением характеризуется наибольшей дисгармоничностью: преобладающими пиками (более 70 Т-балов) по 2-й (тревога, депрессия) и 6-й (паранойя, ригидность) шкалам, высокими показателями по 1-й (ипохондрия, соматизация тревоги), 3-й (истерия, эмоциональная лабильность), 8-й (аутизация) и 0-й (социальная дезадаптация) шкалам.

У этих больных кроме «невротического уклона» профиля личности уже довольно чётко проявляются черты психопатизации личности и роста социальной дезадаптации.

Исследование системы отношений личности при помощи методики незаконченных предложений Сакса–Сиднея (J. M. Sacks, S. Sidney) свидетельствует о том, что у больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом преобладают нарушения в сфере отношения к будущему, половой жизни, вышестоящих лиц на работе, несколько меньшее — в сфере отношения к семье.

У больных с острыми невротическими расстройствами нарушения отношений чаще отмечаются в сферах страхов и опасений, отношения к семье, матери, отцу, к себе и к целевым установкам.

В системе межличностных отношений пациентов с невротическими расстройствами с затяжным течением и соматический патологией чаще всего оказываются дисгармоничное отношение к отцу и половой жизни, к семье и вышестоящим лицам на работе, а также в сфере «осознания вины».

Изучение глубины астенического состояния при помощи методики счёта по Крепелину (Е. Kraepelin) у больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом свидетельствует о существенной их утомляемости и истощении (количество простых арифметических операций у них за последний 30-секундный отрезок уменьшается по сравнению с первым на 20–30%).

Кривая работоспособности подтверждает отсутствие состоятельности к «втягиванию в работу» и стенического ресурса. Попытки больных сосредоточиться, «взять себя в руки» приводят к увеличению количества ошибок и резкому уменьшению количества операций в последующих отрезках.

Значительное падение работоспособности наступает уже на втором отрезке задания, потом (на третьем–четвёртом отрезках) больные делают первую попытку концентрации активного внимания, после которого работоспособность прогрессивно падает, и опять появляются ошибки. На седьмом–восьмом отрезках, как правило, регистрируется вторая попытка мобилизации стенического ресурса, однако уже менее успешная, чем первая, за которой наступает «обвал» работоспособности.

Хронические больные с острыми невротическими расстройствами выявляют ещё меньшую работоспособность (на 25–30% арифметических операций меньше), чем больные с соматогенным астеническим симптомокомплексом, и допускают больше ошибок. Кривая их работоспособности характеризуется меньшими подъёмами, связанными с попытками концентрации активного внимания, и глубокими спадами после них.

Результаты счёта у больных с затяжными невротическими расстройствами с соматической патологией свидетельствуют о наибольшей выраженности астенических явлений. Среднее количество арифметических операций у них является наименьшим, а ошибок — наибольшим.

Кривая работоспособности по своим характеристикам ближе к больным с соматогенным астеническим симптомокомплексом, чем у соматических больных с острыми невротическими расстройствами, хотя и отображает попытки концентрации активного внимания, однако они только подтверждают полное отсутствие ресурса стеничности.

По данным личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), для больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом наиболее характерными являются сенситивный и эргопатический типы реагирования на заболевание.

У соматических больных с неврастенией чаще всего диагностируются неврастенический, тревожный и эргопатический типы реагирования на заболевание; у больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами — эгоцентрический, сенситивный и эйфорический типы; у больных с обссесивно-компульсивными расстройствами — тревожный, обсессивный и паранойяльный типы.

Для больных с затяжными невротическими расстройствами с соматической патологией наиболее характерными является сенситивный, паранойяльный, тревожный, ипохондрический и обсессивный типы реагирования на заболевание[[30]](#footnote-30).

Глава 2. Эмпирическое исследование психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями

2.1 Программа исследования

*Цель исследования* – изучение психологических особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Для достижения обозначенной цели необходимо решить следующие ***задачи*:**

1. Изучить состояния проблемы адаптации больных с хроническими заболеваниями.

2. Провести вторичный анализ публикаций, связанных с особенностями личности хронических соматических больных.

3. Провести диагностическое исследования личности больных с хроническими заболеваниями.

4. Разработать и апробировать комплекс мер психологического воздействия на повышение уровня адаптации больных с хроническими заболеваниями.

***Объект –*** больные, имеющие хронические заболевания.

***Предмет –*** психологические особенности хронических соматических больных.

***Гипотеза исследования*** – хронические соматические больные с разной степенью адаптации имеют различные личностные характеристики (такие как: особенности самосознания, мотивационно-потребностная и эмоциональная сферы личности).

***Эмпирическая база исследования***

В исследовании приняли участие 62 человека имеющих хроническое заболевания. Среди них 30 мужчин и 32 женщины в возрасте от 25 до 62 лет.

***Методы исследования:***

***1. Метод беседы***

Целью данного метода является установление контакта с испытуемыми и первоначальный сбор информации о них: как анамнеза, социально- демографических характеристик, диагностика эмоционального и мотивационно-потребностного компонентов личности.

Вопросы:

1. *Ваш возраст*?

2. *Какое у Вас образование*?

3. *Где и кем Вы работали до обнаружения хронического заболевания?*

4. *Изменили ли Вы место работы? По каким причинам? Где и кем Вы работаете сейчас?*

5. *Вы живете один или с родственниками?*

6.*Раскажите о своей семье.*

7. *Как Вы считаете, что изменилось в Вашей жизни после обнаружения заболевания?*

8. *Что изменилось к худшему в Вашей жизни?*

9. *Чем Вы предпочитаете заниматься в свободное время?*

10. *Насколько Вы удовлетворены общением с другими людьми?*

Анализ результатов, полученных с помощью беседы, проводился по блокам вопросов:

1. Социально - демографические характеристики (1-6 вопросы) полученные данные учитывались при формировании выборки.
2. Особенности эмоциональной сферы (7-8 вопросы)
3. Особенности мотивационно-потребностной сферы (9-10 вопросы).

***2. Методика социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р. Даймонда***

Для изучения степени адаптации использовалась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда[[31]](#footnote-31).

Данная методика относится к классу опросников. В опроснике содержатся высказывания о человеке, о его образе жизни: переживаниях, мыслях, привычках, стиле поведения.

Прочитав или прослушав очередное высказывание опросника испытуемый должен оценить, в какой мере это высказывание может быть отнесено к нему по шести бальной шкале:

"0" -это ко мне совершенно не относится;

"2" -сомневаюсь, что это можно отнести ко мне;

"3" -не решаюсь отнести это к себе;

"4" - это, похоже, на меня но нет уверенности;

"5" -это на меня, похоже;

"6" -это точно про меня;

Подчитывался интегральный показатель "адаптации", который включал в себя результаты по двум шкалам:

1. адаптивность (34 высказывания)
2. дезадаптивность (34 высказывания)

Индекс высчитывается по формуле:



На основе анализа результатов выделяется три экспериментальных группы испытуемых:

1. с высоким уровнем адаптации (группа А)
2. со средним уровнем адаптации (группа В)
3. с низким уровнем адаптации (группа С)

Деление людей на группы производилось с помощью подсчета среднего арифметического (х) и стандартного отклонения (δ)



xi - каждое наблюдаемое значение признака

n - количество наблюдений

Σ - знак суммирования



***3. Методики на изучение личностных характеристик***

Для исследования особенностей личности испытуемых экспериментальных групп применялись сведущие методики:

*3.1. Методика "Личностный дифференциал" (ЛД) (адаптирована в НИИ им. В.М. Бехтерева)* – используется нами для изучения самосознания.

Методика ЛД разработана на базе современного русского языка и отражает сформировавшееся в нашей культуре представление о структуре личности.

В ЛД отобрана 21 личностная черта.

Испытуемым предлагается оценить самих себя по отобранным чертам личности.

Отобранные черты в наибольшей степени характеризуют полюса трех классических факторов семантического дифференциала:

1. оценки;
2. силы;
3. активности.

Данные, полученные с помощью личностного дифференциала, отражают субъективные эмоционально-смысловые представления человека о самом себе.

*3.2. Шкала " Самоприятия" опросника социально-психологической адаптированности (СПА)*[[32]](#footnote-32)

На основе анализа результатов подсчитывается интегральный показатель на основе двух факторов:

a - принятия себя

b - неприятия себя



Выделяется высокий, средний, низкий уровень само приятия на основе подсчета среднего арифметического и стандартного отклонения.

*3.3. Шкала "Интегральность" опросника СПА*

Интерпретация результатов проводится на основе интегрального показателя, для подсчета которого используются данные по двум шкалам:

a - внутренний контроль

b - внешний контроль



Выделяется высокий, средний, низкий уровень интегральности на основе подсчета среднего арифметического и стандартного отклонения.

*3.4. Методика незаконченных предложений*

Для изучения мотивационно-потребностного компонента личности применяем методику незаконченных предложений (на основе методики Дж.Нюттена)[[33]](#footnote-33).

Испытуемым предлагалось закончить следующие предложения:

1. *Я надеюсь …*
2. *В будущем моя жизнь …*
3. *То, к чему я стремился(стремилась) в юности…*
4. *Оглядываясь на свою жизнь, я думаю, что…*
5. *Лучший период в моей жизни…*
6. *Когда я узнал(а) свой диагноз…*
7. *Моя жизнь до заболевания…*
8. *Я бы хотел(а), чтобы родственники…*
9. *Я буду очень рад(а), если…*
10. *Болезнь для меня – это…*
11. *Я намериваюсь…*

Данные предложения могут быть разделены на группы, характеризующие в той или иной степени систему отношений обследуемого к будущему, к прошлому, к периоду хронического заболевания, к болезни, к родственникам.

Для каждой группы предложений выводиться характеристика, определяющая данную систему отношений как:

* положительную;
* отрицательную;
* безразличную.

Также методика незаконченных предложений применена для исследовании эмоциональной сферы личности. Испытуемым предлагалось закончить следующие предложения:

*1. Я боюсь, что…*

*2. Мое настроение ухудшается…*

Данная группа предложений отражает особенности эмоциональной сферы, испытываемые человеком страхи и опасения.

*3.5.* *Шкала «Принятие других» методики СПА* применена для изучения мотива аффилиации.

По данной шкале подсчитывается показатель «Принятия других» по формуле:



a – принятие других

б – непринятие других

Выделяется 3 уровня данного показателя на основе подсчета среднего арифметического и стандартного отклонения:

* высокий
* средний
* низкий

*3.6.* *Шкала «Эмоциональный комфорт» опросника К. Роджерса и Р. Даймонда* использована нами для изучения эмоциональной сферы личности. Подсчитывался показатель «эмоциональный комфорт», который включал в себя результаты по двум шкалам:

* эмоциональный комфорт
* эмоциональный дискомфорт

На основе анализа данного показателя выделяется 3 степени эмоционального комфорта:

* высокая
* средняя
* низкая.

При статистической обработке полученных результатов использовались следующие методы:

1. Метод Стьюдента (t–критерий)[[34]](#footnote-34)

Этот метод используется для проверки гипотезы о достоверности разницы средних, при анализе количественных данных в выборах с нормальным распределением.



где x1 и x2 – средние арифметические значения переменных в группах 1 и 2,

SΔ – стандартная ошибка разности.

Если n1=n2 , то где n1 и n2  - число элементов в первой и во второй выборках, δ1 и δ2 – стандартные отклонения для первой и второй выборки.



Если n1≠ n2 то



Уровень значительности определяется по специальной таблице.

1. Критерий φ\* - угловое преобразование Фишера[[35]](#footnote-35)

Данный критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас признак.

Эмпирическое значение φ\* подсчитывается по формуле:

φ\*=( φ1- φ2) . , где



φ1 – угол, соответствующий большой процентной доле.

φ2 – угол, соответствующий меньшей процентной доле.

n1 – количество наблюдений в выборке 1

n2 – количество наблюдений в выборке 2

Уровень значительности φ\* эмпирического значения определяется по специальной таблице. Чем больше величина φ\*, тем более вероятно, что различия достоверны.

2.2 Результаты исследования и их анализ

2.2.1 Особенности адаптации больных хроническим заболеванием

Для изучения степени адаптации применялась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.

На основе анализа интегрального показателя адаптации были выделены 3 экспериментальные группы испытуемых:

1. с высоким уровнем адаптации – группа A.

Значение показателя адаптации от 66 до 72 баллов. (M=67)

2. со средним уровнем адаптации – группа B.

Значение показателя адаптации от 49 до 65 баллов. (M=56,6)

3. с низким уровнем адаптации – группа C.

Значение показателя адаптации от 38 до 48 баллов. (M=41,3)

Значимость различий в уровне адаптации между экспериментальными группами проверялась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия являются статистически значимыми при p≤0,01 между группами A и B, группами B и C, группами A и C. Таким образом, можно сделать вывод, что больные с хроническими заболеваниями характеризуются разной степенью адаптации.

Большинство больных с хроническими заболеваниями характеризуются средней степенью адаптации (65%), с высоким уровнем адаптации – 19%, третья группа больных с низким уровнем адаптации (16%).

Проводился анализ половых различий в уровне адаптации больных с хроническими заболеваниями. Было выявлено, что большинство женщин и мужчин, характеризуются средним уровнем адаптации (65% и 63% соответственно) – см. таб. №1.

Таблица №1

Половые различия адаптации больных с хроническими заболеваниями

(по группам испытуемых, %)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Испытуемые | Экспериментальные группы | | |
| A (высок. уров. ад.) | B (сред. уров. ад.) | C (низк. уров.ад.) |
| Мужчины | 20 | 63 | 17 |
| Женщины | 19 | 65 | 16 |

Значимость различий определялась с помощью φ-критерия Фишера. Выявлено, что ни в одной из экспериментальных групп различия адаптации между мужчинами и женщинами не значимы. (Группа A–φ=0,098, группа B - φ=0,161, группа C - φ=0,106).

2.2.2 Особенности личности больных с хроническими заболеваниями с различной степенью адаптации

Сначала рассмотрим особенности самосознания испытуемых экспериментальных групп.

*Группа A (высокий уровень адаптации)*

Результаты, полученные с помощью шкалы «Самоприятие» показали, что большинство испытуемых данной группы имеют высокий и средний уровень самоприятия (33%). У испытуемых группы A низких показателей по шкале «Самоприятие» выявлено не было.

Таким образом, больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации высоко оценивают свою внешность, свою способность справляться с трудными ситуациями, считают себя интересными как личность.

При исследовании половых различий выявлено, что женщины с высоким уровнем адаптации в посттрудовой период чаще обнаруживают высокий уровень самоприятия (83%), тогда как мужчины в равной степени высокий и средний (50% и 50%).

Для более детального изучения представлений человека о самом себе применялась методика «Личностный дифференциал».

Интерпретация данных, полученных с помощью ЛД, велась по 3-м факторам:

- Оценка (О)

- Сила (С)

- Активность (А)

По каждому фактору в соответствии со стандартными нормами выделяется 5 уровней:

- очень низкий (7-13 баллов)

- низкий (14-20 баллов)

- средний (21-34 балла)

- высокий (35-41 баллов)

- очень высокий (42-49 баллов)

Очень низких значений не обнаружено ни у одной группы по всем факторам, по этому при интерпретации результатов данная категория не исследуется.

Результаты по фактору оценки свидетельствуют об уровне самоуважения; по фактору силы о развитии волевых сторон личности; по фактору активности экстравертированности личности.

При анализе результатов в группе A (с высоким уровнем адаптации) не было выявлено низких значений ни по одному фактору (оценка, сила, активность), что корригирует с данными, полученными с помощью школы «Самоприятие».

Анализ результатов по факторам выявил следующие особенности:

У большинства испытуемых данной группы обнаружен оптимальный уровень самооценки по фактору силы (58% - средние значения, 17% - высокие). Встречаются также и очень высокие значения (25%).

Это свидетельствует о том, что больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации уверены в себе, независимы, рассчитывают на собственные силы в трудных ситуациях.

По фактору оценки в группе A значения большей части испытуемых отнесены к оптимальному уровню (высокие значения – 50%, средние – 25%). Встречаются также и очень высокие значения (25%). Это говорит о том, что испытуемые принимают себя как личность, осознают себя как носители позитивных, социально желательных характеристик.

По фактору активности наибольшее количество средних (42%) и высоких (33%) значений. Очень высокие значения встречаются у 28% испытуемых. Данные результаты указывают на высокую активность больных с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации, общительность.

При проведении статистической обработки с помощью φ-критерия Фишера (0,05 уровень значимости) были выявлены существенные различия по факторам силы и оценки. У испытуемых экспериментальной группы A по фактору силы преобладают средние значения, а по фактору оценки высокие. На основании чего можно сделать вывод, что больные с высоким уровнем адаптации выше оценивают свои социально желательные характеристики, себя как личность, чем свои волевые качества.

При изучении половых различий были выявлены существенные различия по факторам силы и оценки (φ-критерий. p=0,01). См. табл. 2, 3.

Таблица №2

Половые различия по фактору «Сила» ЛД (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Значение  Испытуемые | низкое | среднее | высокое | очень высокое |
| мужчины | 0 | 33 | 17 | 50 |
| женщины | 0 | 83 | 17 | 0 |

Женщины группа A в большинстве случаев обнаруживает среднее значение по фактору «Сила» (83%), тогда как мужчины – очень высокое (50%).

Таблица №3

Половые различия в группе A по фактору «Оценка» ЛД (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Значение  Испытуемые | низкое | среднее | Высокое | очень высокое |
| Мужчины | 0 | 50 | 33 | 17 |
| Женщины | 0 | 0 | 67 | 33 |

Большинство женщин группы A обладают высокими (67%) и очень высокими (33%) значениями по фактору «Оценка», тогда как мужчины – средними (50%) и высокими (33%).

Таким образом, мужчин с высоким уровнем адаптации высоко оценивают свои волевые качества, уверенность в себе, а женщины с высоким уровнем адаптации высоко оценивают свои социальные качества, уровень достижений.

Для изучения локализации контроля над значительными событиями применялась шкала «Интернальность»[[36]](#footnote-36).

При анализе результатов не выявлено низких значений по данному фактору у испытуемых группы A. В равной степени присутствую средние (50%) и высокие значения (50%). Это свидетельствует о том, что люди с высоким уровнем адаптации в посттрудовой период считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют ответственность за эти события и за то, как складывается жизнь в целом.

Половые различия по критерию «Интернальность» статистически не значимы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации обладают оптимальным уровнем самооценки (средним и высоким). Они принимают себя как личность, уверенны в себе, независимы, оценивают себя как активных и общительных. Мужчины высоко оценивают свои волевые качества, умение справляться с трудностями, а женщины высоко оценивают свои социальные качества.

Люди данной группы склонны рассчитывать на собственные силы, умеют управлять собой, своими поступками, считают себя ответственными за то, как складывается их жизнь в целом.

*Группа B (средний уровень адаптации)*

Результаты, полученные с помощью шкалы «Самоприятие» показывает, что большинство испытуемых данной группы имеют средний уровень самоприятия (90%). С высоким уровнем самоприятия – 5%, с низким – 5%.

Статистически значимых половых различий не выявлено.

Анализ результатов по методике личностный дифференциал проводился по факторам силы, оценки, активности. См. табл. 4.

Таблица №4

Представленность испытуемых группы B с различным уровнем самооценки (по факторам, в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень  Факторы | Низкое | Среднее | Высокое | Очень высокое |
| Сила | 5 | 75 | 17 | 2,5 |
| Оценка | 2,5 | 62,5 | 10 | 25 |
| Активность | 7,5 | 60 | 22,5 | 10 |

Анализ результатов по факторам показал, что у большинства испытуемых группы B по фактору силы оптимальный уровень самооценки (75% - средние значения, 17% высокие). Встречаются также низкий (5%) и очень высокий (2,5%) уровень значений.

По фактору оценки преобладает адекватный уровень самооценки (62,5% - средний уровень значений, 10% - высокий). Низкий показатель у 2,5% испытуемых. Большой процент очень высоких показателей (25%).

По фактору активности наибольшее количество оптимальных значений (60% - средних, 22,5% - высоких). Низких значений 7,5%, очень высоких – 10%.

При проведении статистической обработки с помощью φ-критерия (p≤0,01) были выявлены существенные различия по фактам силы и оценки на «очень высоком» уровне значений. Испытуемые группы B имеют тенденцию преувеличенно высоко оценивать свои социальные качества.

При изучении половых различий были выявлены различия по всем 3-м факторам (φ-критерия p≤0,05).

*- Половые различия по фактору «Сила»*

Среди мужчин не выявлено низких значений по данному показателю. Тогда как у женщин – 10%.

Очень высокий уровень значений встречается у мужчин группы в 5% случаев, у женщин не встречается. Это свидетельствует о том, что мужчины склонны преувеличивать свои волевые качества, а женщины занижать.

* *Половые различия по характеру "Оценка"*

У женщин чаще, чем у мужчин встречается очень высокие значения про данному фактору (33%-женщин, 16% мужчины).

*- Половые различия по фактору "Активность"*

У женщин данной экспериментальной группы чаще, чем у мужчин обнаруживаются очень высокие значения по этому фактору (44%-женщин 5%-мужчин).

При анализе результатов по шкале "Интернальность" было выявлено, что у большинства больных с хроническими заболеваниями со средним уровнем адаптации средний уровень показателя интернальности (80%). Испытуемых с низким значением по данной шкале -7,5%, с высоким-12,5%.

Это говорит о том, что в целом, больные со средним уровнем адаптации предъявляют высокие требования к себе, рассчитывают на собственные силы. Но часть людей из этой группы не считает себя способным контролировать события в своей жизни, ответственность за них приписывают обстоятельствам, другим людям.

Таким образом, большинство больных с хроническими заболеваниями со средним уровнем адаптации в посттрудовой период обнаруживают оптимальный уровень самооценки, т.е. они принимают себя как личность, удовлетворены собой. У некоторого процента людей данной группы наблюдается завышенная самооценка, а так же заниженная, что говорит о личностной не зрелости, не умении правильно оценивать себя, результаты своей деятельности. Испытуемые данной группы склонны преувеличенно высоко оценивать свои социальные качества.

У мужчин данной группы наблюдается тенденция завышать свои волевые качества, а у женщин социальные.

*Группа C (низкий уровень адаптации)*

Результаты, полученные с помощью шкалы " самоприятия" показали, что большинство испытуемых данной группы имеют низкий уровень самоприятия (70%). У части испытуемых средний уровень самоприятия (30%). Высоких значений по данной шкале выявлено не было.

Таким образом, больные с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации резко оценивают свою внешность, считают, что ни в чем не проявили себя.

При исследовании половых различий выявлено, что женщины с низким уровнем адаптации чаще обладают средним уровнем самоприятия (66%), тогда как мужчины во всех случаях (100%). Следовательно, у женщин с низким уровнем адаптации не всегда будет низкий уровень принятия себя.

Анализ результатов по методике "Личностный дифференциал" проводился по факторам силы, оценки, активности. См. табл. 5.

### Таблица 5

# Представленность испытуемых групп C с различным уровнем самооценки (по факторам, в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уровень**  **Фактор** | **Низкий** | Средний | **Высокий** | **Очень высокий** |
| Сила | 60 | 40 | 0 | 0 |
| Оценка | 10 | 80 | 10 | 0 |
| Активность | 20 | 80 | 0 | 0 |

При анализе результатов группы C не было выявлено очень высоких значений ни по одному фактору, что кореллирует с данными, полученным с помощью шкалы "Самоприятия". Высокие значения встречаются только по фактору оценке (10%).

По фактору силы у большинства испытуемых низкие значения (60%). Встречаются и средние значения (40%).

По факторам оценки и активности максимальное число средних значений (80%). Низкие значения по фактору оценки встречаются у 10% испытуемых, по фактору активности у 20%.

Таким образом, у испытуемых группы C преобладает средне низкие значения самооценки. Особенно низко испытуемые это группы оценивают свои волевые качества.

При изучении половых различий были выявлены существенные различия по фактору силы (φ-критерий, 0,03) и оценки.

Мужчины с низким уровнем адаптации низко оценивают свои волевые качества (80% когда как женщины лишь 49%;), а женщины социальные качества(20%-женщин, у мужчин-0%)

При анализе результатов по шкале "Интернальность" было выявлено, что у большинства больных с хроническими заболеваниями низкий уровень интернальности (60%) и средний уровень интернальности (30%). Людей с высоким уровнем интернальности в это группе 10%.

Это свидетельствует о том, что большая часть больных с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации склонны приписывать более важное значение внешним обстоятельствам, не считают себя способными контролировать собственную жизнь.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что больные с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации характеризуются низким и средним уровнем самооценки. Зачастую они критично относятся к себе, не удовлетворены собственным поведением, уровнем достижений. Мужчины этой группы низко оценивают уверенность в себе, способность справится с трудностями, а женщины низко оценивают себя в целом как личность.

Люди этой группы полагают, что большинство событий их жизни являются результатом случая или действий других людей.

Сравнительный анализ показателей самосознания по группам испытуемых позволил выявить значимые различия.

Испытуемых группы А (высокий уровень адаптации), характеризует высокий уровень самопринятия (67%) по сравнению с испытуемыми группы В (5%), φ\*=4,45; р ≤0,01) и группы C (0%).

В группе С (низкий уровень адаптации) большее количество значение низких значений (70%), чем в группе В (5%)- φ\*=3,57; р ≤0,01 и группе А (0%).

По фактору силы (личностный дифференциал у испытуемых группы А чаще встречается очень высокие (25%) и высокие (17%) значение, чем у испытуемых группы С (0% и 0%).

В группе С низких значений больше (60%), чем в группе А (0%).

По характеру оценки в группе А чаще встречается высокие значения (50%) чем в группе С (10%)- φ\*=2,16; р ≤0,01.

В группе С чаще встречаются низкие значения (10%), чем в группе А (6%) по фактору оценки и средние значения (80%) чем в группе А (25%)- φ\*=2,72; р ≤0,01.

По фактору активность в группе А больше очень высоких (25%) и высоких (33%) значений, чем в группе С (0%). В группе С больше низких значений (20%), чем в группе А (6%).

Испытуемые группы А характеризуются высоким уровнем интернальности (50%) по сравнению с испытуемыми группы С (10%) - φ\*=2,16; р ≤0,01

У испытуемых группы С чаще встречается низкий уровень интернальности (60%), чем у испытуемых группы А (0%) и испытуемых группы В (7,5%)- φ\*=3,44; р ≤0,01

Таким образом, испытуемые группы А обладают в целом более оптимальной самооценкой для личностного благополучия и характеризуются более уверенным, осознанным отношением к жизни.

**2.2.3 Особенности мотивационно-потребностной сферы личности испытуемых**

Для изучения мотивационно-потребностной сферы применялась методика незаконченных предложений (см. приложения). Анализ результатов приводится по следующим категориям:

1. Высказывание о будущем (1, 2, 9, 13)
2. Высказывание о прошлом (3, 4)
3. Высказывание о заболевании (6, 7)
4. Высказывания, связанные с родственниками (8)
5. Высказывания, в которых отражалось отношение к заболеванию (10)

Группа А (высокий уровень адаптации) - см. приложение.

1. В высказываниях о будущем в ответах испытуемых чаще всего встречается ожидание достижений-29% (*"Научусь водить машину"*), интерес к проблемам общества -21% (*"Буду рада, если жизнь в стране наладится"*), надежда на сохранение прежнего уровня жизни -21% (*"Надеюсь, что буду такой же активной"*), беспокойство о родственниках -13% (*"В будущем моя жизнь - это жизнь моих детей"*).
2. Испытуемые группы А, оценивая свое прошлое, отмечают, что: осуществили задуманное, реализовали себя-54% (*"Оглядываясь на свою жизнь, я думаю, что жизнь прожита не зря". "То к чему стремился, удалось осуществить"*), частично реализовали свои планы-21% (*"Семья получилась хорошая, но мало времени уделяла и уделяю детям"*). 17% больных с хроническими заболеваниями группы А признают ошибочность своих целей, стремлений в прошлом (*"Стремился к тому, что не имело значения"*)
3. Анализ высказывания больных с хроническими заболеваниями относительно факта заболевания показал, что часть испытуемых переживали очень сильно -25%, а часть приняла как данность без особых переживаний -21%

Данные, полученные дополнительно с помощью беседы показали, что для испытуемых группа А характерно разнообразие интересов.

Среди них чтение (83%), просмотр телевизора (83%), прогулки (75%), спорт (50%), проведение бесед (33%), встречи с друзьями, родственниками (25%). Можно предположить, что наличие широкого круга интересов помогает хроническим больным данной групп спокойно воспринимать наличие заболевания.

1. В высказываниях связанных с общением с родственниками испытуемые выражают заботу о близких - 75% (*"Я бы хотел, что бы мои дети были здоровы"*) и ожидают от близких поддержки-25% (*"Я бы хотел, чтобы мои родственники были всегда со мной"*).

При анализе результатов, полученных с помощью шкалы "Принятие других" выявлено, что испытуемые группы А обладают высоким (58%) и средним уровнем принятия других (42%), что говорит о высокой надежде на аффилиацию, стремление к принятию. Другие люди в целом нравятся, отношения с ними теплые, дружеские.

Данные, полученные с помощью беседы показали, что 67% больных с хроническими заболеваниями данной группы полностью удовлетворены общением, 25% удовлетворены, но сейчас общаются меньше, чем раньше (сузился круг общения) и 8% не хватает общения.

Таким образом, не смотря, на сужение круга общения больные с высоким уровнем адаптации удовлетворены, взаимодействием с другими людьми.

1. Давая свое определение болезни, 33% испытуемых заявляют, что болезнь - это рубеж в жизни (*"Болезнь для меня, это определенная граница, жизнь «до» и «после», она дала возможность оценить свою жизнь"*).

6. При исследовании половых различий было выявлено, что в отношении к будущему мужчины чаще, чем женщины обнаруживают интерес к проблемам общества (67% мужчин, 33% женщин), т.е. проявляют большую социальную активность.

Группа В (средний уровень адаптации)

1. В высказываниях о будущем, в ответах испытуемых чаще всего встречаются бытовые проблемы -20% (*"Я намереваюсь сделать ремонт дома"*), надежды на сохранение прежнего уровня жизни -19%. (*"Я буду очень рада, если и далее буду жить так же"*), заботы о здоровье -14% (*"Я намереваюсь вести здоровый образ жизни, это главное для жизни"*), беспокойства о родственниках -10%, 9% больных ожидают от будущего лучшего (*"Я надеюсь, что дальнейшая жизнь будет лучше, чем сейчас"*).

2. Испытуемые группы В оценивая свое прошлое отмечают, что: частично реализовали свои планы-(38%); признали ошибочность своих целей, стремлений -(35%); осуществили задуманное, реализовали себя-(15%).

3. Анализ высказывания об известии о заболевании показал, что большинство испытуемых относилось к этому событию относительно спокойно (65%), часть группы очень сильно переживала (25%) и небольшой процент был безразличен (10%).

Данные, полученные с помощью беседы свидетельствуют, что для испытуемых групп В характерно разнообразие интересов (чтение, радио, телевидение, кино, рыбалка, встречи с друзьями, домашние животные, и др.). Что является важным для спокойного отношения к своему статусу хронического больного.

4. В высказываниях, связанных с общением с родственниками, испытуемые выражают заботу о близких (57%) и ожидают от близких поддержки (25%). В некоторых ответах звучит страх остаться одному (25%) (*"Я буду очень рада, если мои родственники будут жить со мной и не забудут меня"*).

При анализе результатов, полученных с помощью шкалы "Принятие других" выявлено, что испытуемые группы В обладают средним уровнем принятия других (78%). Часть испытуемых обнаруживает высокий уровень принятия других (10%), а часть низкий (12%). Что свидетельствует о том, что для людей со средним уровнем адаптации характерно стремление к принятию других людей.

В ходе беседы было выяснено, что больные этой группы сожалеют, что сейчас общаются меньше, но в целом общением удовлетворены (73%), 15% полностью удовлетворены взаимодействием с другими людьми и 12% считают, что им не хватает общения.

5. В высказываниях, в которых отражается отношение к болезни испытуемые группы В пишут, что болезнь - это обуза для близких (27,5%), болезнь – это рубеж или граница (17,5%). Опасение смерти звучат в ответах 20 испытуемых, 25% говорит о том, что болезнь это не конец жизни.

Группа С (низкий уровень адаптации)

1. В высказываниях о будущем в ответах испытуемых чаще всего встречается отсутствие ожидания каких - либо перемен – 30% (*"В будущем моя жизнь не изменится"*), ожидания трудностей - 22,5% (*"В будущем моя жизнь станет еще труднее"*), бытовые проблемы - 17,5%. Заботы о здоровье отражены в ответах 15% испытуемых. Категория "ожидания достижений" в ответах испытуемых с низким уровнем адаптации не встречается.

2. Оценивая свое прошлое, люди группы С отмечают, что не сделали то, что могли бы - 40% (*"Оглядываясь на свою жизни, я думаю, что мог бы прожить ее лучше и веселее"*), что неудач было больше, чем достижений - 30% (*"Оглядываясь на свою жизнь я думаю, что в жизни часть не везло"*).

15% признают ошибочность своих целей, стремлений в прошлом, 10% отмечают, что смогли частично реализовать себя. И лишь 5% пишут, что осуществили задуманное, реализовали себя.

3. Анализ высказываний больных с хроническими заболеваниями относительного известия о диагнозе показал, что большинство переживали это событие тяжело - 60%; 30% реагировали относительно спокойно и 10% безразлично.

При беседе было обнаружено, что для испытуемых групп С характерны пассивные интересы (просмотр телевизора, вязание, чтение), а многие отмечают отсутствие любимого занятия. Можно говорить о том, что отсутствие интересов затрудняет процесс адаптации к заболеванию, поскольку не компенсируется значимой деятельностью.

1. В высказываниях связанных с общением с родственниками испытуемые ожидают от близких поддержки (50%) и выражают страх остаться одному 30%. В ответах 20% испытуемых звучит забота о родственниках.
2. При анализе результатов полученных с помощью шкалы "Принятия других" выявлено, что испытуемые группы С обладают низким (60%) и средним; (40%) уровнем принятия других, что говорит о том, что люди этой группы сдержаны в общении с другими, чувствуют неприязнь к тому кто их окружает.

Анализ результатов беседы показал, что люди с низким уровнем адаптации не удовлетворены общением с окружающими (70%), или удовлетворены, но недовольны тем, что сузился круг общения (30%).

Давая свое определение болезни больные группы С пишут, что болезнь - это конец жизни (40%), выражают опасение смерти (20%), болезнь как рубеж характеризуется для 30% испытуемых.

Сравнительный анализ особенностей мотивационно-потребностной сферы позволил выявить значимые различия.

1. В высказываниях испытуемых группы A (высокий уровень адаптации) о будущем чаще встречается ожидание достижений (29%), чем у группы B (9%) φ\*=1,604; p≤0,05 и у группы C (0%). В группе B большой процент ответов связан с бытовыми проблемами (20%), чем в группе A (4%) φ\*=1,59; p≤0,05.

2. В высказываниях о прошлом испытуемые группы A чаще (54%), чем испытуемые группы B (15%) отмечают, что осуществили задуманное, реализовали себя (φ\*=2,42; p≤0,01), и чаще чем в группе C (5%) φ\*=2,802; p≤0,01.

Испытуемые группы C чаще (30%), чем испытуемые группы A (0%) и чем испытуемые группы B (6%) - φ\*=2,83; p≤0,01 отмечают, что неудач было больше чем достижений. Также они чаще (46%) чем испытуемые группы B (1%) пишут от том, что не сделали то, что могли бы (φ\*=3,306; p≤0,01).

В группе B большой (38%) процент испытуемых отметили, что смогли частично реализовать себя, чем в группе C (10%), φ\*=1,934; p≤0,02.

3. В высказываниях, связанных с выходом на пенсию испытуемые группы C чаще (60%), чем испытуемые группы A (25%) и испытуемые группы B (25%) пишут, что переживали (φ\*=1,693; p≤0,04).

4. Описывая отношения к родственникам испытуемые группы A чаще (75%), чем испытуемые группы C (20%) выражают заботу о близких (φ\*=2,725; p≤0,01).

Больные с хроническими заболеваниями группы C чаще (30%), чем в группе A (0%) выражают страх остаться одному.

5. В ответах испытуемых группы A чаще звучит определение болезни как подведение итогов (17%), чем в группе C (0%) и в группе B (2,5%) - φ\*=1,61; p≤0,05.

Значительные различия обнаружены по шкале «Принятие других». Больные люди группы A чаще (58%) обнаруживают высокий уровень принятия других, чем в группе C (0%) и группе B (10%) φ\*=3,302; p≤0,01.

Испытуемые группы C чаще (60%) обнаруживают низкий уровень принятия других, чем в группе A (0%) и группе B (12,5%) - φ\*=2,967; p≤0,01

Таким образом, больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации характеризуются более оптимистичным отношением к будущему, позитивной оценкой прошлого, высоким уровнем принятия других.

2.2.4 Особенности эмоциональной сферы испытуемых экспериментальных групп

Группа A (высокий уровень адаптации)

При изучении эмоциональной сферы с помощью шкалы «Эмоциональный комфорт» было выявлено, что у большинства испытуемых данной группы высокий (58%) и средний (42%) уровень эмоционального комфорта.

Что говорит о том, что люди группы A уравновешены, спокойны, оптимистичны.

При изучении страхов было выявлено, что большую часть испытуемых волнуют проблемы родственников – 42% (*«Я боюсь, что у детей что-то не получается в жизни, а помочь я уже не смогу»*). Распространен страх не успеть что-то сделать – 25%, 17% испытуемых беспокоят проблемы общества – 17% (*«Я боюсь, что изменится климат из-за химикатов и вырубки лесов»*).

При изучении факторов вызывающих негативные эмоции, были перечислены: несовпадение желаемого и реального (33%), проблемы родственников (25%), воспоминания прошлой жизни (17%). Также встречались и другие причины – 17% (*«Мое настроение ухудшается, когда портится погода»*).

При изучении с помощью беседы эмоционального реагирования на заболевание было выявлено, что больных с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации видят не так уж и много негативных изменений в образе жизни после известия о диагнозе.

Группа B (средний уровень адаптации)

При изучении эмоциональной сферы с помощью шкалы «Эмоциональный комфорт» было выявлено, что у большинства испытуемых средний уровень эмоционального комфорта (75%). Встречается также высокий (10%) и низкий уровень (15%)

При изучении страхов было выявлено, что большую часть испытуемых волнуют проблемы родственников (45%), 17,5% волнуют проблемы со здоровьем, 12,5% беспокоят проблемы общества. У 10% испытуемых встречается страх быть обузой.

Негативные эмоции у испытуемых группы B вызывают проблемы родственников – 30%, воспоминания прошлой жизни – 25% (*«У меня настроение ухудшается, когда я одна»*).

Было выявлено, что испытуемые группы B испытывают как положительные, так и отрицательные эмоции в связи с заболеванием. Позитивные эмоции связанны с возможностью больше времени проводить в семье, заняться собой, своим любимыми делами, а негативные с появлением материальных затруднений, сужением круга общения, чувством одиночества.

Группа C (низкий уровень адаптации)

Анализ результатов по шкале «Эмоциональный комфорт» показал, что большинство испытуемых имеют низкие показатели по данной шкале (70%). У 30% средний уровень эмоционального комфорта. Такие результаты говорят о том, что испытуемые встревожены, обеспокоены, чувствуют безразличие к окружающему.

При изучении страхов было выявлено, что больных с низким уровнем адаптации волнует страх быть обузой (30%), страх одиночества (30%), проблемы со здоровьем (20%).

Негативные эмоции у испытуемых группы C вызывают воспоминания прошлого (30%), несовпадение желаемого и реального (20%), проблемы родственников (20%), симптомов болезни (20%).

Было выявлено, что больные с хроническими заболеваниями группы C испытывают в основном негативные эмоции относительно заболевания. Эти эмоции связаны с чувством одиночества, ощущением бесполезности обществу, снижением авторитета в семье.

Сравнительный анализ показателей эмоциональной сферы по группам испытуемых позволили выявить значимые различия.

1. Испытуемых группы A (высокий уровень адаптации) характеризует высокий уровень эмоционального комфорта (58%) по сравнению с группой C (0%) и группой B (10%) - φ\*=3,303; p≤0,01.

В группе C (низкий уровень адаптации) чаще встречается низкий (70%) уровень эмоционального комфорта по сравнению с группой B (15%) - φ\*=3,36; p≤0,01, и с группой A (0%).

2. В группе A страх не успеть что-то сделать встречается чаще (25%), чем в группе B (7,5%) - φ\*=1,49; p≤0,06.

В группе A чаще (42%), чем в группе C (10%) встречается беспокойство за близких (φ\*=1,789; p≤0,03)

У испытуемых группы C чаще (30%), чем у группы B (10%) и у группа A (0%) встречается страх стать обузой (φ\*=1,708; p≤0,04).

Группу C реже (0%) интересуют проблемы общества, чем группу A (17%), и группу B (12,5%).

Было выявлено, что в группе B чаще (45%) встречаются опасения за родственников, чем в группе C (10%) - φ\*=2,33; p≤0,04 .

3. Негативные эмоции в группе C чаще (10%), чем в группе A (0%) вызваны ощущением одиночества.

Негативные эмоции в группе A, связанные с несовпадением желаемого и реального встречаются чаще (33%), чем в группе B (12,5%) φ\*=1,522; p≤0,06.

Таким образом, хронические больные с высоким уровнем адаптации характеризуется высоким уровнем эмоционального комфорта, по сравнению с больными с низким уровнем адаптации.

2.3 Выводы и рекомендации

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы.

1. Больные с хроническими соматическими заболеваниями характеризуются разной степенью адаптации. Личностные особенности (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер) выступают как фактор успешности процесса адаптации.

2. Больные с высоким уровнем адаптации обладают оптимальным уровнем самооценки (средним и высоким). При этом они выше оцениваю свои социально желательные характеристики. Они склонны считать себя ответственными за свою жизнь.

Больные с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации характеризуются низким и средним уровнем самооценки, зачастую они не удовлетворены собой. У людей этой группы преобладает экстернальный локус контроля.

3. Хронические больные с высоким уровнем адаптации оптимистично настроены по отношению к будущему (мотив достижения), оценивая свое прошлое, полагают, что смогли реализовать себя. Для них характерно разнообразие интересов, они обладают высоким уровнем принятия других, удовлетворены общением.

Для больных с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации по отношению к будущему характерно ожидание проблем, трудностей, а также отсутствие каких либо ожиданий, при оценке прошлого они отмечают, что не сделали то, что могли бы. Для этой группы характерно наличие пассивных интересов или отсутствие любимого занятия. В общении с родственниками они ожидают от близких поддержки и выражают страх оставаться одному, они не удовлетворены общением.

4. Больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации обладают высоким уровнем эмоционального комфорта, т.е. они уравновешены, спокойны, оптимистичны. Их волную проблемы родственников, проблемы общества. Боязнь не успеть что-то сделать, не реализовать свои планы – основной страх, который переживают больные данной группы.

Хронические больные с низким уровнем адаптации обладают низким уровнем эмоционального комфорта, т.е. они встревожены, обеспокоены или чувствуют безразличие к окружающему. Больше всего их волнует страх быть обузой, страх одиночества и собственные проблемы со здоровьем.

5. Необходима специальная организация психологической поддержки больных с хроническими соматическими заболеваниями, а также психологическая помощь больным, испытывающим трудности адаптации. При этом работа психолога может опираться на личностные особенности, являющиеся фактором адаптации (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности).

Работа по профилактике дезадаптации является важной. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости психологической работы с группой больных с хроническими заболеваниями, имеющих низкий уровень адаптации. Работа должна быть направлена на профилактику дезадаптации больных с хроническими заболеваниями.

После известия о хроническом диагнозе возникает необходимость в овладении новыми ценностями, ролями, навыками с тем, чтобы при изменении образа жизни и потенциально вероятном прекращении трудовых форм деятельности сохранить и как можно дольше поддерживать связи с окружающим миром, дееспособность и интерес к жизни.

Психопрофилактическая работа может быть организована в два этапа:

I. Подготовка к изменению образа жизни в связи с хроническим заболеванием.

II. Работа с больными имеющими хронические заболевания.

На каждом этапе существуют свои цели и способы их реализации.

I этап

Цель подготовительного этапа - подготовить человека к изменению образа жизни в связи с хроническим заболеванием для того, чтобы он смог без ущерба перейти этот важный жизненный момент. Психологический смысл этого этапа в том, что человек переживает неизбежный процесс изменения статуса и образа жизни, а значит успевать привыкнуть, адаптироваться и избежать стрессовых ситуаций.

Основные формы психологической работы:

1. Психологическое просвещение

Эта форма работы предполагает массовое обучение по специальной литературе (брошюры, памятки). В этой литературе может быть представлена информация об особенностях его заболевания, об основных трудностях, с которыми может столкнуться больной.

Эта форма наиболее доступна, но невозможность индивидуального подхода снижает ее эффективность.

2. Консультирование

Организация индивидуальных консультаций по различным вопросам подготовке к статусу хронического больного. Основным достоинством данного метода является индивидуальный подход и устная форма подачи материала. В процессе консультирования появляется возможность расширить представления человека об образе жизни с данным заболеванием, а также помочь решить различные психологические проблемы, которые могут затруднить процесс адаптации.

3. Групповая работа

Создание подготовительных групп по специально разработанным правилам. Отбор и формирование групп можно проводить из тех больных, которые характеризуются негативным отношением к заболеванию.

В зависимости от особенностей группы, различные будут содержания программ работы. Это могут быть коммуникативные тренинг, тренинг креативности, сенситивности, уверенности в себе.

Эта форма работы создает предпосылки социальной интеграции больных благотворно влияющие на процесс адаптации.

II этап

Работа с больными имеющими хронические заболевания.

Цель этапа - создание психологических условий для адаптации больных к течению заболевания.

Основные направления работы:

1. Работа с дезадаптированными больными имеющими хронические заболевания.

2. Работа с родственниками больных имеющих хронические заболевания. Процесс взаимодействия с дезадаптированными больными имеющими хронические заболевания может быть организован как в индивидуальной, так и групповой форме. При построении программы работы важно учитывать личностные особенности больных, обеспечивающие успешную адаптацию к заболеванию. На основе анализа этих особенностей можно выделить следующие блоки работы:

־ Работа по формированию адекватной самооценки, т.к. больные с низким уровнем адаптации характеризуются низким уровнем самооценки, зачастую не удовлетворены собой.

־ Работа по формированию интернального контроля, т.к. люди с низким уровнем адаптации полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Важно чтобы больные имеющие хронические заболевания приняли на себя долю ответственности за то, что происходит в их жизни, поняли, что очень многое зависит от них.

На этом уровне возможно эффективной будет групповая работа.

־ Работа по повышению социальной активности.

Рациональная адаптация и правильный выбор занятий в сфере досуга и отдыха являются существенным положительным фактором социальной адаптации больных с хроническими заболеваниями.

Интересное проведение досуга может принести больному человеку чувство удовлетворения, поэтому необходимо представить реальные возможности для разностороннего проявления социальной активности личности как предпосылки рационального образа жизни и пассивность время провождения отрицательно сказываются на психологическом здоровье.

При этом важно, чтобы человек имел возможность выбирать самому себе вид деятельности, в соответствии с внутренними интересами.

Здесь возможна организация различных кружков и курсов по интересам (вязание, изготовление различных поделок, изучение искусства и др.).

־ Организация клубной работы помогает решить еще одну важную проблему больных с хроническими заболеваниями - наладить процесс взаимодействия людей имеющих одно и то же заболевание, т.е. находящихся в аналогичной социальной ситуации, их общение друг с другом.

У больных с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации существуют проблемы в общении с другими людьми. Они не удовлетворены общением и считают, что многие вещи находятся вне сферы их контроля. Не смотря на то, что они нуждаются в поддержке близких, ожидают от них заботы, у них низкий уровень принятия других людей, они воспринимают других негативным образом. Уверенность в своей социальной никчемности и пессимизм по отношению к другим препятствуют им наладить общение.

Во время разговора они мало заинтересованы в собеседнике, что оставляет негативные впечатления. Поэтому важно создать условия для оптимизации процесса общения.

Таким образом, психологическая работа с дезадаптированными больными с хроническими заболеваниями должна быть направлена на стимулирование исполнения активной социальной роли, общения с окружающими и поддержания позитивного самосознания, психологического спокойствия.

Работа с родственниками больных с хроническими заболеваниями может быть организована в консультативной форме. Важно объяснить родственникам, что социальная поддержка позволяет больным чувствовать себя компетентными. Необходима передача позитивных чувств больному, при которой они чувствуют, что о них заботятся, их ценят, уважают. Это является важным фактором, содействующим адаптации.

Таким образом, работа по профилактике дезадаптации больных с хроническими заболеваниями включает в себя занятия с психологами, направленные на укрепление психологического здоровья, более рациональное отношение к проблемам, возникающим в связи с хроническим заболеванием.

Заключение

В данной работе осуществлен анализ литературы по проблеме адаптации больных хроническими заболеваниями, а также предпринята попытка по изучению особенностей личности хронических больных с различной степенью адаптации.

В ходе работымы пришли к пониманию того, что адаптация представляет собой комплексную реакцию на изменение ситуации. Процесс адаптации разворачивается во времени, проходя несколько последовательных этапов. При переходе с одного этапа на другой личность решает ряд взаимосвязанных задач, и каждая последующая стадия процесса включает в себя результат, достигнутый на предыдущей. Решение задач адаптации затрагивает практически все компоненты личности, и изменения, происходящие в личности, можно отследить, по крайней мере, на трёх уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом (динамика общего эмоционального состояния, степени информированности о ситуации и характера активности, направленной на её преобразование).

Большинство авторов сходятся во мнении о том что:

- каждому человеку требуется время для перестройки стиля жизни и сознания;

- эта деятельность зависит от индивидуальных особенностей и объективных обстоятельств, что подставляет собой процесс адаптации;

- существенным фактором такой адаптации является рациональная организация и правильный выбор занятий;

- отношения с семьей, родственниками, друзьями выполняют компенсаторную функцию, т.е. становятся важной сферой межличностных контактов.

В процессе исследования была достигнута поставленная цель, решены задачи, подтверждена выдвинутая гипотеза.

Данные, полученные в ходе исследования, позволили выявить особенности личности больных с хроническим заболеванием, обеспечивающие успешную адаптацию (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности).

Эмпирическое исследование позволило нам сделать следующие выводы.

1. Больные с хроническими соматическими заболеваниями характеризуются разной степенью адаптации. Личностные особенности (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер) выступают как фактор успешности процесса адаптации.

2. Больные с высоким уровнем адаптации обладают оптимальным уровнем самооценки (средним и высоким). При этом они выше оцениваю свои социально желательные характеристики. Они склонны считать себя ответственными за свою жизнь.

Больные с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации характеризуются низким и средним уровнем самооценки, зачастую они не удовлетворены собой. У людей этой группы преобладает экстернальный локус контроля.

3. Хронические больные с высоким уровнем адаптации оптимистично настроены по отношению к будущему (мотив достижения), оценивая свое прошлое, полагают, что смогли реализовать себя. Для них характерно разнообразие интересов, они обладают высоким уровнем принятия других, удовлетворены общением.

Для больных с хроническими заболеваниями с низким уровнем адаптации по отношению к будущему характерно ожидание проблем, трудностей, а также отсутствие каких либо ожиданий, при оценке прошлого они отмечают, что не сделали то, что могли бы. Для этой группы характерно наличие пассивных интересов или отсутствие любимого занятия. В общении с родственниками они ожидают от близких поддержки и выражают страх оставаться одному, они не удовлетворены общением.

4. Больные с хроническими заболеваниями с высоким уровнем адаптации обладают высоким уровнем эмоционального комфорта, т.е. они уравновешены, спокойны, оптимистичны. Их волную проблемы родственников, проблемы общества. Боязнь не успеть что-то сделать, не реализовать свои планы – основной страх, который переживают больные данной группы.

Хронические больные с низким уровнем адаптации обладают низким уровнем эмоционального комфорта, т.е. они встревожены, обеспокоены или чувствуют безразличие к окружающему. Больше всего их волнует страх быть обузой, страх одиночества и собственные проблемы со здоровьем.

5. Необходима специальная организация психологической поддержки больных с хроническими соматическими заболеваниями, а также психологическая помощь больным, испытывающим трудности адаптации. При этом работа психолога может опираться на личностные особенности, являющиеся фактором адаптации (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности).

С учетом полученных результатов были разработаны психологические рекомендации, направленные на профилактику дезадаптации хронических соматических больных.

Список использованной литературы

1. Абрамова Г.С., Юдиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998.
2. Агаджанан Н.А., Катков А.Ю. Резервы нашего организма. М., 1990.
3. Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения / Сборник научных статей конференции департамента здравоохранения Краснодарского края. Краснодар, 2003.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Академия, 2000.
5. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект-Пресс, 2000.
6. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. М.: Эксмо, 1995.
7. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал 1995, № 1. с. 3-19.
8. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии, 1989, №1.
9. Белинская Е.П. Социальная психология. Хрестоматия. М.: Аспект-Пресс, 2003.
10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
11. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология / руководство для врачей и клинических психологов. М.- Воронеж, 2002.
12. Брагин Р. Б. Сверхценные образования как реакция личности на соматическое заболевание // Неврология и психиатрия: Республиканский межведомственный сборник. Киев: Здоров’я, 1973. Вып. 3. С. 15–18.
13. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1998.
14. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. СПб.: Питер, 1999.
15. Васильева О.С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Академия, 2001.
16. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал, 1995, Т. 16, № 5.
17. Волков В.Т. Личность пациента и болезнь. Томск: Класс, 1995.
18. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. М., 1987.
19. Гуфеланд Х. Время жить: искусство преодоления жизни. СПб.: Питер, 1996.
20. Донченко Е.А., Титаренко Т.М. Личность: конфликт, гармония. Киев, 1989.
21. Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. М., 1982.
22. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980.
23. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983.
24. Коростелёва И.С., Ротенберг В.С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании // Психологический журнал, 1990, т. 11, № 4.
25. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии, 1980, №8.
26. Лытаев С.А., Колчев А.И., Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб.: Элби, 2005.
27. Манухина Н.М. Некоторые особенности психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями // Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2003, №1.
28. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики. СПб.: Евразия, 1997.
29. Медведев А.И. Учение об адаптации и его значение для военной медицины. Л., 1983.
30. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МедПресс, 2005.
31. Методы практической социальной психологии. Диагностика. Консультирование. Тренинг. М.: Аспект Пресс, 2004.
32. Милованов В.П. Синергетика и самоорганизация. Общая и социальная психология. М.: КомКнига, 2005.
33. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б.В.Михайлова. Харьков: Прапор, 2002.
34. Морозов Г.В., Лебединский М.С. Роль психологического фактора в соматической болезни // Журнал невропатология и психиатрия, 1973, №4.
35. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. М.: Медицина, 1976.
36. Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. Медицинская психология. М.: Логос, 2003.
37. Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Актуальные вопросы медицинской психологии. Л.: Медицина, 1974.
38. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988.
39. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник МГУ, 1996, №14.
40. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987.
41. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л.: Медицина, 1976.
42. Платонов Ю.П. Социальная психология поведения. СПб.: Питер, 2006.
43. Практическая психодиагностика / под ред. Райгородского. Самара: Бахрах, 1999.
44. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под ред. Т.З. Биктимирова, О.П. Модникова. Ульяновск: СВНЦ, 1998.
45. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Под ред. К.П. Кискер, Г. Фраайбера, Г.К. Розе, Э. Вульфа. М.: Алетейа, 1999.
46. Психология здоровья / Под ред. Никифоров Г.С. СПб.: Питер, 2006.
47. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990.
48. Психосоматическая проблема: психологический аспект / Под ред. Ю.Ф. Полякова, В.В. Николаевой. М.: Наука, 1992.
49. Реан А.А. К проблеме социальной адаптации личности // Вестник - СПб- университета. Сер 6.Философия. Политология. Социология. Психология. Право. Международные отношения. 1995. вып. 3. с. 39-74.
50. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
51. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб.: Речь, 2006.
52. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: теоретическо-методологический аспект. Новосибирск, 2002.
53. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984.
54. Секач М.Ф. Психология здоровья: Учебное пособие для высшей школы. М., 2005.
55. Семечкин Н.И. Социальная психология: Учебник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.
56. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки психологии. СПб.: Питер, 2000.
57. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
58. Соловьева С.Л. Медицинская психология. Новейший справочник практического психолога. М.: Сова, АСТ, 2006.
59. Сосновский Б.А Лабораторный практикум по общей психологии. М.: Наука, 1979.
60. Семечкин Н.И. Социальная психология. СПб.: Питер, 2004.
61. Спринц А.М., Михайлова Н.Ф., Шатова Е.П. Медицинская психология с элементами общей психологии. М.: СпецЛит, 2005.
62. Ташлыков В.А. Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. Томск, 1990.
63. Толстых Н.Н. Использование метода неоконечных предложений для изучения временной перспективы // Научно методические основы использования в школьной психологии службе конкретных психодиагностических методик. М., 1988.
64. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология: Учебник для вузов. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.
65. Чаева С.И., Боков С.Н., Мягков И.Ф. Медицинская психология: пропедевтический курс. М.: Логос, 2002.
66. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996.
67. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. Учебное пособие. Кемерово: КемГУ, 1999.

Приложения

Основные критерии мотивов (по группам испытуемых, в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Категория  Группа | A | B | C |
| 1. | Отношение к будущему   * ожидание каких либо перемен * заботы о здоровье * беспокойство о родственниках * бытовые проблемы * ожидание достижений * ожидание трудностей * интерес к проблемам общества * отсутствие ожиданий * надежды на сохранение прежнего уровня жизни | 8  4  13  4  29  0  21  0  21 | 9  14  10  20  9  4  6  8  19 | 5  15  5  17,5  0  22,5  2,5  30  25 |
| 2. | Отношение к прошлому   * не сделал то, что мог бы * осуществил задуманное, реализовал себя * частично реализовал свои планы * признал ошибочность своих целей в прошлом * неудач было больше, чем достижений. | 8  54  21  17  0 | 1  15  38  35  6 | 40  5  10  15  30 |
| 3. | Отношение к известию о заболевании   * переживали * реагировали спокойно * реагировали резко негативно | 25  54  21 | 25  65  10 | 60  30  10 |
| 4. | Отношение к родственникам   * страх остаться в одиночестве * забота о близких * ожидание от близких поддержки | 0  75  25 | 25  50  25 | 30  20  50 |

Особенности эмоциональной сферы

Страхи, опасения (по группам испытуемых, в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Группа  Категория | A | B | C |
| 1. | Проблемы общества | 17 | 12,5 | 0 |
| 2. | Беспокойство за близких | 42 | 45 | 10 |
| 3. | Страх быть обузой | 0 | 10 | 30 |
| 4. | Страх одиночества | 8 | 7,5 | 30 |
| 5. | Проблемы со здоровьем | 8 | 17,5 | 20 |
| 6. | Страх не успеть что-то сделать | 25 | 7,5 | 10 |

Факторы, вызывающие негативные эмоции

(по группам испытуемых, в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Группа  Категория | A | B | C |
| 1. | Проблемы родственников | 25 | 30 | 20 |
| 2. | Воспоминания прошлой жизни | 17 | 25 | 30 |
| 3. | Несовпадение реального и желаемого | 33 | 12,5 | 20 |
| 4. | Болезнь | 8 | 12,5 | 20 |
| 5. | Одиночество | 0 | 17,5 | 10 |
| 6. | Другое | 17 | 2,5 | 0 |

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. [↑](#footnote-ref-1)
2. Цит. по Березин В.Г. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград, 1988. [↑](#footnote-ref-2)
3. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. [↑](#footnote-ref-3)
4. Березин В.Г. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград, 1988. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984. [↑](#footnote-ref-5)
6. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. Учебное пособие. Кемерово: КемГУ, 1999. Стр.12. [↑](#footnote-ref-6)
7. Березин В.Г. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград, 1988. [↑](#footnote-ref-7)
8. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988. [↑](#footnote-ref-8)
9. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988. [↑](#footnote-ref-9)
10. Медведев А.И. Учение об адаптации и его значение для военной медицины. Л., 1983. [↑](#footnote-ref-10)
11. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. [↑](#footnote-ref-11)
12. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988; Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984. [↑](#footnote-ref-12)
13. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. Учебное пособие. – Кемерово: КемГУ, 1999. Стр.22. [↑](#footnote-ref-13)
14. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. [↑](#footnote-ref-14)
15. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. Учебное пособие. – Кемерово: КемГУ, 1999. Стр.22-24. [↑](#footnote-ref-15)
16. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: Теоретическо-методологический аспект. Новосибирск, 2002. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: Теоретическо-методологический аспект. Новосибирск, 2002. [↑](#footnote-ref-19)
20. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология / руководство для врачей и клинических психологов. М.- Воронеж, 2002. [↑](#footnote-ref-20)
21. Абрамова Г.С., Юдиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М., 1998. [↑](#footnote-ref-21)
22. Стукалова Л. А., Кравец Б. Б., Боков С. Н. О типологии отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 354–356. [↑](#footnote-ref-22)
23. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. [↑](#footnote-ref-23)
24. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. [↑](#footnote-ref-24)
25. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. [↑](#footnote-ref-25)
26. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. [↑](#footnote-ref-26)
27. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. [↑](#footnote-ref-27)
28. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. [↑](#footnote-ref-28)
29. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. [↑](#footnote-ref-29)
30. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. [↑](#footnote-ref-30)
31. Практическая психодиагностика / под ред. Райгородского. Самара: Бахрах, 1999. [↑](#footnote-ref-31)
32. Практическая психодиагностика / под ред. Райгородского. Самара: Бахрах, 1999. [↑](#footnote-ref-32)
33. Толстых Н.Н. Использование метода неоконечных предложений для изучения временной перспективы. //Научно методические основы использования в школьной психологии службе конкретных психодиагностических методик. М., 1988. [↑](#footnote-ref-33)
34. Сосновский Б.А Лабораторный практикум по общей психологии. М.: Наука, 1979. [↑](#footnote-ref-34)
35. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки психологии. СПб.: Питер,2000. [↑](#footnote-ref-35)
36. Толстых Н.Н. Использование метода неоконечных предложений для изучения временной перспективы //Научно методические основы использования в школьной психологии службе конкретных психодиагностических методик. М., 1988. [↑](#footnote-ref-36)